Lane Medical Library

„HAEMATOMA OVARII.“

Dr. med. LUDWIG GROSSE.

AUS DER PRIVAT-FRAUENKLINIK DES HERRN PRIVAT-DOCENTEN UNIVERS.-PROFESSOR DR. P. STRASSMANN.

„HAEMATOMA OVARII“

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
FRIEDRICH WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

VORGELEGT VON
LUDWIG GROSSE
APPROB. ARZT AUS BERLIN

TAG DER PROMOTION: 28. MÄRZ 1914.

BERLIN 1914
BUCHDRUCKEREI OSCAR HUBE.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent:
Privatdozent Univers.-Professor Dr. P. Strassmann.

Korreferent:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Franz.

Meiner lieben Mutter

und dem Andenken

meines unvergeßlichen Vaters

gewidmet.

Rollin, dem wir eingehende pathologisch-anatomische und mikroskopische Untersuchungen über Ovarialblutungen verdanken, und zwar über Blutungen in das Organ selbst, teilt diese ein in

Blutungen in die Graaf'schen Follikel und
Blutungen in das Parenchym.

Die ersteren, die sogenannten vesiculären, umfassen selbst wieder mehrere Arten. Die erste wird als multiple vesiculäre Haemorrhagie bezeichnet, wenn sich zugleich mehrere Follikel mit Blut füllen. Die beiden nächsten entstehen zumal aus Anomalien der Ovulation, nämlich als extravesiculäre Haemorrhagie, wenn aus dem geplatzten Follikel eine Blutung ins Peritonaeum erfolgt, oder als intravesiculäre Haemorrhagie, wenn der Follikel im Innern des Ovariums zurückgehalten nicht bersten kann und so eine Blutcyste des Ovariums bildet. Die beiden letzten Arten sind entweder solche, welche sich in einem hydropischen Follikel bilden, oder solche, welche sich in den Corpora lutea bilden infolge leichten Durchsickerns von Blut nach der Ovulation.

Die interstitiellen Haemorrhagien, welche bei weitem seltener vorkommen, lassen sich ebenfalls in verschiedene Arten einteilen. Die eine besteht aus kleinen Ergüssen in das Stroma, welche ohne jegliche Bedeutung sind. Die andere kann das Ovarium in den Zustand einer mit Blut gefüllten Hülle versetzen unter Zertrümmerung und Einschmelzung des Parenchyms und wird dann nach Klob als Ovarialapoplexie bezeichnet.

Derartige Eierstocksblutungen kommen nun viel häufiger vor als man anzunehmen pflegt und sind in der Literatur des öfteren beschrieben worden. Da sie — wie wir sehen werden — insofern ein interessantes Krankheitsbild bieten, als sie einmal absolut harmlos verlaufen, und ein anderes Mal unter stürmischen Erscheinungen zum Tode führen, oder ein drittes Mal überhaupt erst ganz zufällig bei einer Operation gefunden werden, ist in der Frauenklinik von Herrn Prof. Straßmann in Berlin auf ihr Vorkommen besonders geachtet worden. Herr Prof. Straßmann hatte die Liebenswürdigkeit, mir diese Fälle zur Bearbeitung zu überlassen. Es sei mir nun im Folgenden gestattet, zunächst kurze Auszüge aus einigen Krankengeschichten zu bringen und dann einen Vergleich aller unserer Fälle — im ganzen sind es 55 — mit den in der Literatur erwähnten anzuschließen.

1. M. Th. 33 Jh. 0 Part. 0 Abort.
Diag. vor Operation: Doppels. Adnextumor.
Diag. nach Op.: Ovarialhaematom beiders.
Anamn.: Seit $1^1/_2$ Jh. Kreuzschmerzen und zeitweise auftretende Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes.
Stat.: Links und rechts vom Uterus nach hinten hühnereigroßer Tumor.
Operation: In beiden Ovarien Haematome.

2. C. T. 37 Jh. 0 P. 0 A.
Diag. v. Op.: Ovarialtumor?
Diag. n. Op.: Ovarialhaematom.
Anamn.: Menses seit $^1/_2$ Jh. unregelmäßig. Schmerzen beim Stuhlgang und bei der Menstruation.
Stat.: Links vom Uterus undeutliche Resistenz, die mit den Adnexen im Zusammenhang steht.
Operation: Beim Loslösen der Adnexe quillt aus dem Ovarium altes Blut, das von einem Haematom herrührt.

3. M. K. 28 Jh. 1 P. 2 A.
   Diagnose: Haematoma ovar. dextr.
   Anamn.: 1907 wegen Uterus duplex und Tumor ovar. sin. operiert. Seitdem Schmerzen bei den Menses, die selbst stark sind. Niemals Ausfluß gehabt.
   Stat.: Rechts hinter Uterus überwallnußgroßer Tumor, der zu den Adnexen gehört und äußerst druckempfindlich ist. Uterus o. B. Kein Fluor.
   Temperatur: normal.
   Behandlung: konservativ.
   Verlauf: Tumor wird sehr bald kleiner. Nach einigen Wochen wird Patientin als geheilt entlassen.
4. Th. T. 30 Jh. 3 P. 9 A.
   Diagnose: Phthisis pulm. Soll deswegen sterilisiert werden.
   Anamn. (soweit sie die Geschlechtsorgane betrifft): Von den Genitalien aus nie Beschwerden gehabt, Menses regelmäßig.
   Stat.: Außer Lungenbefund links neben Uterus höchstens taubeneigroßer Tumor, der ein wenig druckempfindlich ist.
   Operation: Bei der vaginalen Tubensterilisation entleert sich aus dem linken Ovarium ein flüssiges, braunes Haematom.
5. A. T. 50 Jh. 1 P. 2 A.
   Diag. v. Op.: Uterus myomatos. und Ovarialkystom.
   Diag. n. Op.: Uterus myomatos. und Ovarialhaematom.
   Anamn.: Seit drei Jahren Ziehen und Drängen im Unterleib. Menses regelmäßig.
   Stat.: Uterus faustgroß, dextraponiert von einem etwas größeren Tumor, der sich links vom Uterus befindet.
   Operation: Vaginale Totalexstirpation, im linken Ovarium ein Haematom.
6. B. H. 42 Jh. 4 P. Mehrere Aborte.
   Diagnose: Uterus myomatos.

Anamn.: Starke Blutungen, keine Schmerzen. Menses regelmäßig, sehr stark, mit Abgang von Stücken. Pat. glaubt schwanger zu sein.

Stat.: Im Zusammenhang mit Uterus nach hinten ein nicht abgrenzbarer überfaustgroßer Tumor zu fühlen.

Operation: Vaginale Uterusexstirpation, der zwei Myomknollen hat. Dabei platzt eine kleine Cyste der linken Adnexe, die mit herausgenommen werden. Das Ovarium ist vergrößert und haemorrhagisch.

7. M. N. 46 Jh. 1 P. 3 A.

Diag. v. Op.: Subseröse Myome mit Adnexveränderungen.

Diag. n. Op.: Uterus myomat. Haematoovarium links.

Anamn.: Seit 7—8 Jahren Stechen und Brennen in der linken Seite. Zeitweise Cohabitationsbeschwerden. Menses regelmäßig, schmerzhaft.

Stat.: Rechts vom Uterus finden sich Knollen, die nur mit Uterus beweglich sind. Uterus vergrößert. Anhänge nicht deutlich zu tasten.

Operation: Subseröse Myome. Das rechte Ovarium ist von den Geschwülsten ganz zerdrückt und zeigt braunrote Infiltrationen.

8. A. N. 43 Jh. 2 P. 3 A.

Diag. v. Op.: Uterus myomat? Linker Adnextumor.

Diag. n. Op.: Uterus myomat. Ovarialhaematom.

Anamn.: Seit 15 Jahren Schmerzen, die sich vorübergehend auf Behandlung besserten, jetzt starke Blutungen. Menses regelmäßig, sehr schmerzhaft.

Stat.: Knolliger Uterus. Links davon ein hühnereigroßer, beweglicher Tumor, von der Beckenwand abgrenzbar. Rechts ein grösserer. Durch Probepunktion des rechten Tumors festgestellt, daß es sich um ein Ovarialhaematom, links um eine Cyste mit Haematom handelt.

Operation: Uterus myomatosus. Das rechte Ovarium ist fast faustgroß und enthält in einer einzigen großen Höhle ein Haematom. Das linke Ovarium enthält eine Cyste von Pflaumengröße.

9. L. H. 32 Jh. 0 P. 0 A.

Diag. v. Op.: Chronische Perimetritis. Fixierte Retroflexio.

Diag. n. Op.: Chron. Perimetritis. Uterus myomat. mit fixierter Retroflexio. Ovarialhaematom rechts.

Anamn.: Seit 15 Jahren Kreuz- und Rückenschmerzen. Retroflexio festgestellt und mit Ring behandelt. Seit einigen Monaten außerhalb der Periode dreitägige starke Blutungen und starke Schmerzen rechts.

Stat.: Uterus retroflectiert. Rechts davon ein harter, empfindlicher Tumor.

Operation: Uterus mit multiplen Myomen in retroflectierter Haltung. Rechte Ovarium enthält ein Corpus-luteum-Haematom, das nicht nach außen geborsten ist. Auf Incision entleert es schokoladenähnliche Flüssigkeit.

10. A. L. 32 Jh. 0 P. 0 A.

Diag. v. Op.: Retroflexio uteri fixata.

Diag. n. Op.: Retroflexio ut. fix. Haematoma ovar. sin.

Anamn.: Unterleibsschmerzen. Menses regelmäßig, schmerzhaft. Stuhlbeschwerden.

Stat.: Uterus retroflectiert und fixiert. Ovarien neben Uterus tastbar.

Operation: Vesicofixation. Bei der Naht eines Risses im Ligamentum ovar. prop. entleert sich Haematomschmiere, die vom linken Ovarium ausgegangen ist. Keine Tubargravidität.

11. P. B. 22 Jh.

Diag. v. Op.: Retroflexio uteri fixata.

Diag. n. Op.: Retrofl. ut. fix. Haematoma ovar. dextr.

Anamn.: Nicht angegeben.

Stat.: Uterus retroflectiert, unbeweglich. Adnexe sehr druckempfindlich, wegen dicker Bauchdecken schwer tastbar.

Operation: Vesicofixation. Am rechten Ovarium cystische Vergrößerung, die nach Spaltung ein altes Haematom von Pflaumengröße entleert.

12. M. B. 49 Jh. 1 P.

Diagnose: Carcinoma uteri.

Anamn.: Unregelmäßige Blutungen mit Stücken. Während der Menstruation wehenartige Schmerzen. Menses in letzter Zeit sehr schmerzhaft.

Stat.: Uterus anteflectiert, vergrößert. Links davon beweglicher glatter, scheinbar aus zwei Partien bestehender, etwas empfindlicher Tumor, der den linken Adnexen angehört.

Operation: Vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen zweier Myomknoten und eines isolierten Corpuscarcinoms. Beim Fassen des rechten Ovariums entleert sich bräunlich breiige Masse.

13. A. G. 39 Jh. 4 P. 0 A.

Diag. v. Op.: Carcinoma portionis, übergreifend auf Vagina und Parametrien.

Diag. n. Op.: Ca. portionis, doppels. Ovarialhaematom.

Anamn.: Seit 1 Jh. weißlichen Ausfluß, der seit 6 Monaten eitrig geworden ist, und zuweilen blutig verfärbt ist. Kreuzschmerzen, die in die Oberschenkel ausstrahlen, Menses regelmäßig, seit $^1/_2$ Jahr schmerzhaft.

Stat.: Von der vergrösserten Portio bröckeln Stücke ab. Uterus groß, rechte Sacrouterinfalte infiltriert und empfindlich.

Op.: Abdominale Totalexstirpation nach Wertheim. Nach Eröffnung des Bauches zeigt sich der Uterus vergrößert mit doppelten Ovarialtumoren. Beim Loslösen der Adnexe ergießt sich aus beiden Ovarien schokoladenähnliche Masse.

Verlauf: Zuerst Befinden leidlich. Am 6. Tage heftiges Erbrechen, am 8. Exitus letalis, der auf Nekrose des Ureters oder mesenteriale Thrombosen zurückgeführt wird.

14. J. M. 33 Jh. 1 P. 0 A.
Diag. v. Op.: Pyosalpinx sin. Haematovar. dextr.
Diag. n. Op.: Pyosalp. sin. Haematovar. dextr.
Anamn: In der linken Seite Schmerzen, die besonders in der letzten Zeit stärker geworden sind. Seit zwei Tagen eitriger Ausfluß.
Stat.: Uterus o. B. Links vom Uterus und vom Becken abgrenzbarer pflaumengroßer, cystischer, druckempfindlicher Tumor.
Operation: Daumendicke gelben Eiter enthaltende Pyosalpinx links. Im rechten Ovarium ist ein Haematom.

15. A. A. 46 Jh. 4 P. 1 A.
Diag. v. Op.: Perimetritis. Adnextumor.
Diag. n. Op.: Chron. Metritis, Perimetritis, Ovarialhaematom.
Anamn: Seit sechs Wochen Blutungen, kein Ausfluß, keine Stuhl-, keine Urinbeschwerden.
Stat.: Im Douglas ein großer harter Uterus fixiert zu fühlen. Rechte Adnexe etwas verdickt, schmerzempfindlich.
Operation: Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Das rechte Ovarium doppelt groß, entleert auf Durchschnitt eingedicktes Blut.

16. A. G. 16 Jh.
Diag. v. Op.: Uterus duplex. Haematosalpinx dextr.
Diag. n. Op.: Uterus dupl. Haematoma. ovar. dextr.
Anamn: } nicht angegeben.
Stat: }
Operation: Vereinigung beider Uteri. Exstirpation der rechten Tube; dabei ergießt sich aus dem rechten Ovarium ein Haematom.

17. A. P. 33 Jh. 0 P. 0 A.
Diag. v. Op.: Myom? Ovarialkystom. Stenose der Vagina.
Diag. n. Op.: Uterus duplex. Haematoma ovar. sin.
Anamn.: Seit 10 Jahren Dysmenorrhoe, die sich in letzter Zeit besonders verschlimmerte und Schmerzen im Unterleib.
Stat.: Scheide auffallend eng, für einen Finger eben passierbar. Untersuchung in Narkose: Uterus klein, anteflectiert, dextraponiert. Links vom Uterus kleinfaustgroßer Tumor.
Operation: Im linken Ovarium ein Haematom.

18. M. R. 39 Jh. 1 P.
Diag. n. Op.: Metritis, Haematom des linken Ovariums.
Anamn: Vor 10 Jahren schon einmal operiert. Rechts soll das Ovarium ganz, links teilweise entfernt worden sein. Jetzt wieder Schmerzen, besonders bei den Menses, die selbst sehr stark sind.
Stat.: Uterus von normaler Größe, anteflectiert. Im Douglas hinter Uterus eine äusserst druckempfindliche Resistenz. Adnexe nicht fühlbar. Untersuchung wegen enormer Schmerzhaftigkeit der Patientin äusserst erschwert und oberflächlich.
Operation: Vaginale Exstirpation des Uterus und der linken Adnexe. Dabei wird im Ovarium links ein Haematom gefunden.

Im ganzen handelt es sich — wie schon erwähnt — um 55 Fälle einer solchen Eierstocksveränderung, die hier in Frage kommen. Von diesen sind in 11 Fällen die Ovarialhaematome selbständig aufgetreten (9 mal einseitig, 2 mal doppelseitig), während sich in allen übrigen Fällen eine Kombination von Ovarialhaematom mit Veränderungen in den anderen Unterleibsorganen ergab, und zwar

22 mal Kombination mit Myom des Uterus,

8 mal Kombination mit Retroflexio uteri fixata,

2 mal Kombination mit Myom und Retroflexio uteri fixata,
1 mal Kombination mit Myom und Carcinom des Uterus,
2 mal Kombination mit Carcinom des Uterus.
3 mal Kombination mit Pyosalpinx,
4 mal Kombination mit Perimetritis oder Metritis.
1 mal Kombination mit Uterus duplex,
1 mal Kombination mit congenitaler Stenose der Vagina und Uterus duplex.

Alle unsere Patientinnen befinden sich ausnahmslos im geschlechtsreifen Alter. Am meisten sind die Lebensalter von 30—50 Jahren betroffen. Des Näheren finden wir im Alter von

15—19	Jahren:	2
20—29	„	8
30—39	„	24
40—49	„	17
50—59	„	4

Wie jedoch aus der Literatur hervorgeht, können Eierstocksblutungen nach Olshausen auch in allen anderen Lebensperioden angetroffen werden. So fand Rokitanski bei einem mehrwöchigen Kind das abgeschnürte Ovarium in einen haselnußgroßen Sack mit rotbraunem Coagulum verwandelt. Auch von zwei angeborenen Ovarialhaematomen wird berichtet. B. Schultze sah bei der Sektion eines in Steißlage totgeborenen Mädchens im rechten Ovarium teils noch flüssige, teils geronnene Blutergüsse, die das Stroma ganz mit Blut durchtränkt hatten. Und v. Herff in Halle fand ebenfalls bei der Sektion eines Neugeborenen, daß das linke Ovarium in einen Tumor umgewandelt war, der einen einzigen großen, teilweise schon bröckligen Blutklumpen enthielt.

Von unseren Patientinnen haben

12 mehrmals geboren,

15 mehrmals geboren und dazwischen abortiert,

1 nur einige Male abortiert,

1 hat geboren und eine Ovarialgravidität gehabt,

19 weder geboren noch abortiert, obwohl verheiratet.

Wenn man berücksichtigt, daß 7 Fälle fehlen, weil ich darüber keine Angaben fand, so sind ungefähr die Hälfte aller Kranken unfruchtbar. Hierfür führt Mary Dixon Jones als Erklärung an, daß sich mit der Entstehung größerer Blutcysten im Ovarium eine Endarteriitis obliterans vergesellschaftet, welche mit der Bildung starren fibrösen Gewebes einhergeht. Und die Folge dieses Vorganges ist eine Verödung der Eier selbst.

Die Beschwerden bei unseren Patientinnen bestanden seit den verschiedensten Zeiträumen. Während einzelne angaben, schon jahrelang damit behaftet zu sein, oder schon seit 10, 15 oder 20 Jahren unterleibskrank zu sein, fühlten sich andere erst seit einigen Wochen krank oder immer nur zur Zeit der Menstruation. In einem Falle sollen die Schmmerzen erst ganz kurz vor dem Aufsuchen des Arztes und ganz plötzlich entstanden sein.

Alle Kranken sind schon vorher behandelt worden, teils mit Bädern, Umschlägen, heißen Dämpfen, Massage, Lichtbädern, mit Spülungen und Tampons, oder mit der Applikation innerlicher Mittel, wie Narkotica oder in der Hauptsache Styptica.

Was die Symptomatologie anbelangt, so sind die subjektiven Beschwerden und der objektive Befund in der weitaus größeren Mehrzahl der Fälle so wenig specifisch gewesen, daß eine exakte Diagnosestellung nur sehr schwer möglich war. Hinzu kommt, daß — wie wir gesehen

haben — eine andere Organerkrankung sich mit dem Haematom sehr oft kompliziert hat, und daß dann bei den überwiegend in die Erscheinung tretenden Symptomen der Grundkrankheit die geringen und undeutlichen eines Ovarialhaematoms der Beachtung entgehen. So kommt es, daß dann das Vorhandensein einer Eierstocksblutung überhaupt erst bei der Operation zum Vorschein tritt als ganz zufälliger Befund. Der bemerkenswerteste unserer Fälle ist in dieser Beziehung der unter 4. angeführte. Die Patientin, die niemals Unterleibsbeschwerden gehabt hat, soll ihres Lungenleidens wegen sterilisiert werden, und dabei entpuppt sich ein mäßig druckempfindlicher Adnextumor, von dessen Vorhandensein die Kranke gar keine Ahnung hat, als ein Ovarialhaematom. Im ganzen ließ sich bei uns nur 4 mal die genaue richtige Diagnose stellen, in 3 Fällen war man zweifelhaft, ob es sich nicht um ein Ovarialhaematom handeln könnte, während man 29 mal überhaupt an gar keine Beteiligung der Eierstöcke denken konnte.

Die eigentlichen subjektiven Beschwerden nun bestehen in der Hauptsache in mehr oder minder heftigen Leibschmerzen, die bis zum Kreuzbein, bis in die Beine, bis zum Knie ausstrahlen, oder auf der anderen Seite bis zur Nierengegend, zu den Hüften, bis in die Herzgegend, Schmerzen in der Leistengegend, bei der Arbeit und beim Gehen, die in der Ruhe nachlassen oder völlig verschwinden. Ziehen und Drängen im Unterleib von vorn nach dem Kreuzbein, Kreuzschmerzen, Schwindelanfälle, Herzklopfen, Schmerzen beim Urinieren, häufiger Urindrang, auch wenn Patientin wenig trinkt, Stuhl- und Cohabitationsbeschwerden, auch Ausfluß werden genannt. Endlich als das am meisten typische und am häufigsten sich wiederholende Anzeichen finden wir Menstruationsstörungen. Meist klagen die Kranken

über äußerst schmerzhafte Menstruationen, über Schmerzen unmittelbar vor den Menses, über wehenartige Schmerzen, über sehr starke, über unregelmäßige oder über langdauernde Perioden. In zwei Fällen hatten die Patientinnen absolut keine Schmerzen oder Beschwerden. Sie suchten den Arzt nur auf, weil sie wegen der heftigen Blutungen glaubten, schwanger zu sein. In dem einen Falle handelte es sich um einen myomatösen Uterus mit Haematom des Ovariums (s. Fall 6.), in dem anderen um eine Komplikation mit Pyosalpinx.

Ebenso unbestimmt wie das subjektive Befinden ist der objektive Befund. Meist findet sich neben dem Uterus und von ihm abgrenzbar ein mehr oder weniger großer Tumor, der nahe aber nicht bis zur Beckenwand geht und beweglich ist. Ein anderes Mal zeigt dieser Tumor fluctuierenden Inhalt und ist druckempfindlich, oder er ist so empfindlich, daß angenommen wird, es handelt sich um einen entzündlichen Tumor oder um eine maligne Geschwulst. In wieder anderen Fällen sind die Adnexe nicht vergrößert, sondern lediglich druckschmerzhaft, oder sie sind überhaupt nicht zu tasten, oder endlich sie erscheinen völlig normal und gesund. Ein einziges Symptom jedoch ist allen unseren Eierstocksblutungen gemeinsam: die absolute Fieberlosigkeit. In keinem unserer Fälle ließ sich eine auch nur geringe Temperatursteigerung konstatieren. In der Literatur ist noch ein Merkmal angeführt, das wir bei unseren Haematomen niemals gefunden haben, nämlich peritonitische Reizerscheinungen. Boldt berichtet von einer Peritonitis, die durch Ruptur eines Ovarialhaematomes hervorgerufen war. (Wir werden auf den Fall später genauer zurückkommen). Auch Hannecart und Roll beobachten zwei Krankheitsbilder, die durchaus als Bauchfellentzündung angesprochen werden mußten. Bei ersterem war

ihre Entstehung auf die Ruptur eines Ovarialhaematoms bei Uterusfibrom zurückzuführen, bei Roll auf eine Achsendrehung am linken Ovarium. Es handelte sich in diesem Fall um ein 8 jähriges Mädchen, das seit 3 Jahren über starke Leibschmerzen klagte. Die Beschwerden dauerten meist zwölf Stunden und verschwanden dann von selbst. Eines Tages jedoch hielten die Schmerzen länger an und traten unter Erbrechen und Ohnmachtsanfällen so heftig auf, daß die Patientin völlig das Bild einer Peritonitis bot. Da vom Rectum aus ein Tumor nachgewiesen wurde, der den Adnexen angehörte und seinen Platz wechselte, so wurde Achsendrehung einer Ovarialgeschwulst angenommen. Die Laparotomie zeigte, daß das linke Ovarium in ein nierengroßes schwarzbraunes Haematom umgewandelt war, das dreimal von links nach rechts gedreht war. Nicht uninteressant ist bei diesem Fall ferner, daß ein Jahr nach dieser Operation die 1 Jahr jüngere Schwester der Patientin unter denselben Erscheinungen schwer erkrankte, und daß sich auch hier bei der Operation ein ganz ähnlicher Befund ergab.

Wie aus dem Gesagten also hervorgeht, ist das Stellen einer genauen Diagnose in diesen Fällen äußerst schwierig, und die genannten Symptome geben Anlaß zu allen möglichen Verwechselungen mit anderen Erkrankungen, vorausgesetzt, daß es sich um das nicht komplizierte Auftreten eines Ovarialhaematomes handelt. In unseren Fällen wurde dann fast immer nur ein „Ovarialtumor“ oder „Adnextumor“ diagnosticiert. Auch in der Literatur ist mehrfach darauf hingewiesen worden. Hier mögen nur zwei Beispiele Platz finden, die Anlaß zu Verwechselungen mit Appendicitis gaben. Rieck erwähnt einen Fall, bei dem eine Patientin, die schon zwei Anfälle von Blinddarmentzündung gehabt hatte, zum dritten Mal die typische Druckempfindlichkeit und andere

Symptome dieser Erkrankung zeigte. Bei der Operation stellte sich heraus, daß die Appendix völlig gesund war, und daß die Beschwerden vielmehr von einem Ovarialhaematom ausgingen, dessen Aetiologie unbekannt blieb. Und Harold Wilson berichtet von sechs ähnlichen Fällen, in denen nach dem Untersuchungsbefund Blinddarmentzündung angenommen werden mußte, bei denen aber ebenfalls bei der Operation eine absolut normale Appendix, dafür aber immer eine rechtsseitige Ovarialblutung gefunden wurde.

Andererseits werden in der Literatur noch zwei Punkte erwähnt, auf die sich die Diagnose stützen kann, nämlich die relativ rasche Verkleinerung des Tumors und die Punktion. Beide werden durch Beispiele erhärtet. Veit sah bei einer Frau, die einen mangelhaft entwickelten Uterus und nur angedeutete Menses hatte, ein hühnereigroßes Ovarium, das sich in wenigen Wochen zurückgebildet hatte. Olshausen beobachtete dasselbe bei einer 27 jährigen Frau, die er wegen profuser Menstruationsblutungen behandelt hatte, und Leopold diagnosticierte bei einem 18 jährigen Mädchen einen kinderfaustgroßen Ovarialtumor, der während sehr schmerzhafter Menses entstanden und nach acht Wochen wieder völlig verschwunden war. Endlich erwähnt Edebohls ein Haematom des Ovariums, das er durch Punktion diagnosticiert hat. Er fand bei einer 27 jährigen Frau, die über unbestimmte Unterleibsbeschwerden klagte, ein hühnereigroßes Ovarium. Bei der von der Vagina aus vorgenommenen Punktion kam Blut, und die Laparotomie ergab im Innern des Ovariums ein Haematom.

Auch in unseren Fällen ist man mit Hülfe dieser beiden Punkte zweimal zu einer richtigen Diagnose gekommen. Bei einer 28 jährigen Patientin (s. Fall 3) mußte nach dem ganzen Untersuchungsbefund — es war ein überwallnußgroßer Tumor

zu tasten, der zu den Adnexen gehörte und äußerst druckempfindlich war — das Vorhandensein eines Ovarialhaematoms in Rechnung gezogen werden. Auf konservative Behandlung ging die Geschwulst sehr bald zurück und war nach kurzer Zeit fast ganz verschwunden, so daß dadurch die Diagnose bestätigt wurde. In dem zweiten Fall (s. Fall 8) fanden wir bei einer 43 jährigen Pätientin einen myomatösen Uterus, der beiderseits von zwei größeren Geschwülsten eingerahmt war. Die vaginale Probepunktion ergab schleimige Flüssigkeit, der später dunkelbraunrote folgte, so daß angenommen wurde, es handele sich um ein Ovarialhaematom und um eine Cyste mit Haematom, was die Operation bestätigte.

Was nun die Therapie anbelangt, so haben wir zunächst an dem vorhin erwähnten Fall konservativer Behandlung gesehen, daß Heilung durch Resorption möglich ist. Bettruhe, Eisblase, Fernhalten aller eventuellen Schädlichkeiten sind dazu nötig, unter Umständen auch die Applikation von Narkoticis. Bleibt trotz längerer Bettruhe das Haematom unverändert, oder verzögert sich die Rückbildung, so muß chirurgisch vorgegangen werden, eine Behandlungsweise, die in unseren Fällen 54 mal nötig war. Und zwar wurde 14 mal der abdominale, 40 mal der vaginale Weg eingeschlagen. Wie weit sich dann die chirurgische Tätigkeit zu erstrecken hatte, mußte von Fall zu Fall entschieden werden. In einigen Fällen begnügte man sich mit der Resektion des Haematoms, teilweise unter Auskratzen der Haematomwände mit der Curette. Eine fortlaufende Catgutnaht schloß dann den Defekt am Ovarium. Ein anderes Mal mußte das ganze Organ abgesetzt werden, entweder weil es in einen einzigen großen Hohlraum verwandelt war, oder weil das zurückbleibende Gewebe so morsch war, daß die Fäden durchschnitten, oder weil aus der großen Tumormasse des

veränderten Uterus und der Tube sich der Eierstock garnicht isolieren ließ.

Die Größe und der Inhalt unserer Blutgeschwülste ist ganz verschieden gewesen. Während man in einem Falle nur die Follikelwand haemorrhagisch infiltriert fand — ein Vorstadium des Haematoms — wurden andere Blutgeschwülste von Kirsch-, Hühnerei- ja sogar von Kindskopfgröße angetroffen. In der Mehrzahl jedoch handelt es sich um Blutergüsse, deren Durchmesser nicht über 10 cm betrug. Der Inhalt der Blutcysten verhielt sich seinem Alter nach sehr verschieden. In den frischen Fällen fanden wir flüssiges Blut, in älteren eingedicktes Blut, meist aber eine geléeartige schokoladenbraune Masse, die hin und wieder als „Haematomschmiere" bezeichnet wurde. Und in anderen Fällen wiederum war neben dieser Haematomschmiere noch flüssiges Blut vorhanden.

Bei unseren Eierstocksblutungen ist die Prognose absolut günstig gewesen, wenigstens soweit es diese selbst anging. Es ist überhaupt nur 1 Todesfall zu verzeichnen, und der fällt der abdominalen schweren Carcinomoperation zur Last (siehe Fall 13). Doch sind in der Literatur eine ganze Reihe von Fällen mit ungünstigerem Ausgang beschrieben worden. Dies ist beispielsweise sehr leicht möglich, wenn — wie wir im Anfang gesehen haben — sich Blut aus dem geplatzten Follikel in die freie Bauchhöhle ergießt. Im günstigsten Fall kann sich dann eine Haematocele retrouterina bilden, sonst kommt es, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen werden kann, zum Verblutungstod oder zu einer Peritonitis mit letalem Ausgang. So sah Scanzoni bei der Sektion eines ganz plötzlich während der Menstruation verstorbenen Mädchens am rechten Ovarium einen hühnereigroßen Blutsack, aus dem sich durch einen zollangen Riß große Blutmassen

in die Bauchhöhle ergossen hatten. Zwei ähnliche Fälle, jedoch mit glücklicherem Ausgang beschreiben Boldt und Koßmann. Ersterer fand bei einer Frau, die über Kreuzschmerzen und Unterleibsbeschwerden klagte, scheinbar vergrößerte, druckempfindliche und tief gelegene Adnexe der linken Seite. Drei Tage nach der ersten Untersuchung erkrankte die Patientin plötzlich unter peritonitischen Erscheinungen. Da Eiteraustritt aus der vergrößerten Tube angenommen wurde, wurde sofort laparotomiert. Dabei zeigten sich im Douglas ca. 200 g Blut und Coagula. Abtragung der Adnexe. Glatte Heilung. An der oberen hinteren Fläche des wenig vergrößerten Ovariums war eine dunkelbraune kirschgroße Geschwulst, wovon ein Drittel in das Eierstocksgewebe hineinragte. Es handelte sich um ein spontan geborstenes Haematom des Eierstockes. Ganz ähnlich ist der Koßmann'sche Fall. Eine Patientin litt drei Wochen lang an permanenter Genitalblutung. Bei der Untersuchung fand sich links von dem normalen und normal gelagerten Uterus ein kindskopfgroßer Tumor. Die Laparotomie ergab eine Blutansammlung in einem abgekapselten Raum in der Umgebung des linken Ovariums. Das Blut war teils geronnen, teils flüssig und floß während der Operation weiter aus der Umgebung des linken Ovariums. Erst nach Abtragung der linken Adnexe stand die Blutung. Heilung in ganz kurzer Zeit. Auch hier stammte die Blutung aus einem geplatzten Haematom des Ovariums.

Was nun die Aetiologie unserer Eierstocksblutungen anbelangt, so ist diese zumeist in einer die Zirkulation im Becken störenden Ursache zu suchen.

Wie wir gesehen haben, hatten wir es 35 mal mit einem Haematom bei Uterusgeschwülsten oder der Lageanomalie der fixierten Retroflexio uteri zu tun. Wird beispielsweise

durch diese Veränderungen des Uterus bei ungehindertem arteriellen Zufluß die venöse Zirkulation gehemmt oder gar aufgehoben, so ist es leicht erklärlich, daß es in den Ovarien zu einer Stauung und haemorrhagischen Infarcierung des Gewebes kommen kann, aus welchem Zustand dann ein Haematom resultiert. Und zwar kommt diese Stauung bei den Geschwülsten des Uterus durch Druck auf die die Ovarien versorgenden Gefässe zustande und bei der fixierten Retroflexio durch Drehung der Ligamente, wodurch ebenfalls die Blutzirkulation aufgehoben oder gehemmt werden kann.

Wenn man in anderen Fällen bei uns die teilweise sehr heftigen Menstruationsstörungen ins Auge faßt, so haben wir auch darin eine Erklärung für die Entstehung. Der Eierstock wird physiologisch während jeder Eireifung blutreicher. Durch eine sehr starke Steigerung dieser Blutzufuhr können dann pathologische Zustände herbeigeführt werden, deren Folge ebenfalls ein Haematom sein kann. Dies ist natürlich in allen Stadien der Follikelentwickelung möglich, also auch im Corpus luteum. Und in der Mehrzahl unserer Menstruationshaematome sind es denn auch Corpusluteumhaematome. Eine weitere Ursache kann — wie schon an einem Beispiel gezeigt — eine Blutung in eine Ovarialcyste abgeben, die dann meist eine Achsendrehung ihres Stieles durchgemacht haben. Es kommt dann ebenso wie bei den Geschwülsten zu einer Stauung im Organ selbst. Endlich als letzte Entstehungsursache muß man in einigen unserer Fälle chronisch entzündliche Prozesse in den Unterleibsorganen annehmen.

Als eine Ursache, die sich bei uns in keinem Fall hat nachweisen lassen, für die aber in der Literatur mehrere Beispiele angeführt sind, gelten noch Allgemeinerkrankungen, bei denen Neigung zu Blutungen besteht, wie Cholera, Scorbut,

acute Exantheme, Puerperalfieber, Verbrennungen und Vergiftungen. Winckel sah beispielsweise derartige Eierstocksveränderungen bei Herzfehler, Typhus, zweimal bei Phosphorvergiftungen und einige Male bei Petroleumverbrennungen.

Zusammenfassend

können wir also sagen:

1. Findet man ohne anderweitige Erkrankung der Beckenorgane einen Adnextumor, dessen Sitz im Ovarium sicher ist, und der heftige und schmerzhafte Menstruationsstörungen verursacht, so wird es sich fast immer um ein Ovarialhaematom handeln.
2. Besteht bei einem myomatösen Uterus oder einer fixierten Retroflexio uteri ein Adnextumor oder eine unbestimmte Resistenz im Zusammenhang mit den Adnexen, so soll man immer zuerst an ein Haematom des Ovariums denken.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Univers.-Prof. Dr. P. Straßmann für die Anregung zu dieser Arbeit, die Ueberlassung des Materials, sowie für die mir jederzeit in liebenswürdigster Weise erteilte Unterstützung bei der Anfertigung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Olshausen: Krankheiten der Eierstöcke.

Veit: Handbuch der Gynaekologie.

Gebhard: Anatomie der weiblichen Genitalien.

Zentralblatt für Gynaekologie.

Jahresberichte.

Boldt: Ovarian Haematoma. Newyork. obst. Soc. May 1902.

Boldt: Peritonitis, hervorgerufen durch Ruptur eines Ovarialhaematoms. Zentralbl. f. Gyn. 1891.

Edebohls: Haematoma of the ovary, diagnosticated by exploratory puncture. Jahresbericht 1892.

Hannecart: Intraperitoneale Haematocele nach Ruptur eines Ovarialhaematoms bei Uterusfibrom. Ann. de la Soc. Belge de chir. 1899 Nr. 1.

v. Herff: Angeborenes Haematom des Ovariums D. Ges. f. Gyn. Bd. 6.

Mary Dixon Jones: Eine bisher noch unbeschriebene Krankheit der Eierstöcke, Endotheliom, sich in Angiom und Haematom verwandelnd. Newyork. med. journ. 1899 Sept.

Kossmann: Haematoma ovarii. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 42.

Rieck: Appendicitis und Haematoma ovarii. Zentralbl. f. Gyn. 1910.

Roll: Achsendrehung am linken Ovarium. Zentralbl. f. Gyn. 1910.

Rollin: Haemorrhagien des Ovariums. Zentralbl. f. Gyn. 1890.

Harold Wilson: A case of Haematoma of the ovary simulating an attack of Appendicitis. Lancet May 1905.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Emil Wilhelm Ludwig Grosse, evangelischer Konfession, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Emil Grosse, wurde am 25. August 1887 zu Berlin geboren. Er besuchte während der ersten drei Jahre seiner Schulzeit die 109. Gemeindeschule zu Berlin und dann das Andreas-Realgymnasium ebendaselbst, das er Ostern 1906 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Seinem Studium widmete er sich zunächst in Berlin, wo er während des I. Semesters seiner aktiven Militärdienstpflicht bei der 8. Kompanie des Kön. Aug.-G.-Gr.-Rgt. No. 4 genügte, und dann in Erlangen. Hier beendete er im März 1909 die ärztliche Vorprüfung. Die klinischen Semester studierte er wieder in Berlin und bestand hier im Mai 1912 das ärztliche Staatsexamen. Sein praktisches Jahr erledigte er zur Hälfte auf der inneren Abteilung des Neuköllner Städtischen Krankenhauses zu Buckow bei Berlin (Prof. Jürgens), zur anderen auf der chirurgischen Abteilung desselben Krankenhauses (Prof. Sultan).

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

In Berlin: Bier, Bumm, Engelmann †, Fischer, Flügge, Fränkel, Gabriel, Goldscheider, Greef, His, Heubner, Hertwig, Hildebrand, Jolly, Kraus, Lesser, Levin, v. Michel †, v. Olshausen, Orth, Plate, Passow, Rubens, Senator †, Schmieden, Schultze, Schwendener, F. Straßmann, P. Straßmann, Thierfelder, Virchow, Waldeyer, Ziehen.

In Erlangen: Gerlach, Graser, Hauser, v. Kryger, Penzoldt, Schittenhelm.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.